

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Penelitian Terdahulu

Penelitian ini membahas tentang Strategi Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Perempuan di Kota Malang. Adapun beberapa penelitian terdahulu yaitu:

Pertama, Penelitian yang dilakukan oleh Harry Gunawan dengan *judul Strategi Humas BKKBN Provinsi Riau dalam mensosialisasikan Program Keluarga Berencana di Provinsi Riau*, dengan rumusan masalah penelitian tentang Bagaimana strategi Humas BKKBN Provinsi Riau dalam mensosialisasikan program keluarga berencana di Provinsi Riau. Penelitian yang dilakukan Harry Gunawan fokus terhadap strategi dan media apa saja yang digunakan humas BKKBN Provinsi Riau dalam mensosialisasikan Program Keluarga Berencana. Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Harry Gunawan yaitu: Dari hasil penelitian yang dilakukan di Humas BKKBN Provinsi Riau, dapat disimpulkan bahwa Humas BKKBN Provinsi Riau dalam mensosialisasikan Program Keluarga Berencana tidak bekerja dengan sendirinya, humas memerlukan peran komunikator baik dari pihak internal maupun eksternal agar mempermudah dalam proses mensosialisasikan Program Keluarga Berencana di Provinsi Riau, selain itu humas juga bekerja sama dengan pihak media massa, baik media cetak maupun

media elektronik agar sosialisasi program keluarga berencana tersebar secara merata ke seluruh masyarakat Provinsi Riau. Dalam mensosialisasikan Program Keluarga Berencana di Provinsi Riau, Humas BKKBN beserta komunikator Internal maupun eksternal melakukannya secara persuasif, sehingga masyarakat ikut serta dan berperan aktif dalam mensukseskan Program Keluarga Berencana yang dilakukan BKKBN Provinsi Riau.

Hasil penelitian di atas, memiliki persamaan dan perbedaan dari penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan diteliti. Persamaannya adalah sama-sama melakukan penelitian tentang strategi. Perbedaannya adalah dalam penelitian di atas terfokus pada strategi Humas BKKBN dalam Mensosialisasikan Program Keluarga Berencana. Sedangkan penelitian berfokus tentang strategi apa saja yang digunakan oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Perempuan di Kota Malang.

Kedua, Penelitian yang dilakukan oleh Dede Wahyudi dengan *judul Strategi Komunikasi Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Timur Dalam Mensosialisasikan Program Keluarga Berencana (KB)*, dengan rumusan masalah bagaimana Strategi Komunikasi Perwakilan BKKBN Kalimantan Timur Dalam Mensosialisasikan Program KB. Penelitian yang dilakukan oleh Dede Wahyudi bertujuan untuk mengetahui, mendeskripsikan dan menganalisa Strategi Komunikasi Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Timur Dalam Mensosialisasikan Program KB. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dede Wahyudi dapat disimpulkan bahwa strategi komunikasi yang dilakukan oleh

Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Timur dalam mensosialisasikan program KB melalui perencanaan-perencanaan komunikasi seperti menentukan tujuan, menentukan pesan dan menerima pesan, sasaran komunikator serta efek yang diharapkan baik dalam menyampaikan pesan dan menerima pesan. Pendekatan-pendekatan BKKBN sangat diperlukan agar tujuan dan pesan yang disampaikan kepada khalayak ramai dapat diterima. Selain itu usaha dari kegiatan sosialisasi ini agar masyarakat bisa mengerti keadaan Indonesia khususnya Kalimantan Timur bahwa program KB ini adalah salah satu upaya pemerintah untuk menekan lajunya pertumbuhan penduduk.

Hasil penelitian di atas, memiliki persamaan dan perbedaan dari penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan diteliti. Persamaannya adalah sama-sama melakukan penelitian tentang strategi. Perbedaannya adalah dalam penelitian di atas terfokus pada Strategi Komunikasi Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Timur sedangkan penelitian berfokus tentang bagaimana Pemahaman Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Perempuan di Kota Malang.

B. Landasan Konseptual

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi Remaja

a) Kesehatan Reproduksi

Kesehatan berasal dari kata Inti “sehat”. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merumuskan definisi sehat sebagai keadaan sejahtera

fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit dan kecacatan. Isu kesehatan reproduksi mulai diangkat sejak Konferensi Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population Development/ ICPD) tahun 1994 di Kairo dinyatakan bahwa Kesehatan reproduksi ialah "keadaan fisik, mental, kelaikan sosial secara menyeluruh, dalam segala hal yang berhubungan dengan system reproduksi berikut fungsi-fungsi dan prosesnya". Ini berarti simpel saja, semua aspek harus terpenuhi. Dengan kata lain remaja punya hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi bukan hanya informasi. Namun kenyataan yang terjadi tidaklah semudah itu. Kekhawatiran akan free sex, misalnya membuat pelayanan kesehatan reproduksi untuk remaja menjadi sesuatu hal yang tabu. Tragisnya, informasi mengenai kesehatan reproduksi pun bukan hal mudah diperoleh secara langsung oleh remaja. Sekolah, institusi yang seharusnya memberikan pengetahuan dan informasi tersebut secara ilmiah, nyaris hanya menyisipkan materi tersebut di dalam mata pelajaran lain. Di rumah tidak semua orang tua bisa memahami persoalan kesehatan reproduksi yang sebenarnya. Berdasarkan penjelasan tersebut di atas sebenarnya antara laki-laki dan perempuan memperoleh kesempatan yang sama dan berhak mendapatkan hak dan kemampuannya untuk menentukan sendiri segala sesuatu yang berkaitan dengan diri dan kesehatan reproduksi, karena yang tau kondisi kesehatan diri dan kesehatan reproduksi adalah dirinya sendiri.

Menurut Depkes RI (2000) kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi, serta proses reproduksi dan pemikiran kesehatan reproduksi bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit, melainkan juga bagaimana seseorang dapat memiliki seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (dikutip Nugroho, 2010).

Pengertian kesehatan reproduksi menurut BKKBN (2008) adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan.

b) Pengertian Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, (fungsi, komponen dan proses) reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Kondisi sehat adalah sehat secara fisik, mental, dan social (BKKBN, 2008).

c) Dasar Pengetahuan Kesehatan Reproduksi untuk Remaja

Menurut Depkes RI (2008) dasar pengetahuan kesehatan reproduksi yang perlu diketahui oleh remaja yaitu:

- 1) Pengetahuan tentang perubahan fisik, kejiwaan dan kematangan seksual. Misalnya informasi tentang haid dan mimpi basah, tentang alat Reproduksi Remaja Perempuan

- 2) Bekal pemahaman tentang Kesehatan Reproduksi, salah satu bekal pemahaman mengenai seks sebagai kebutuhan manusia secara biologis dan perlunya bagaimana cara menyalurkan dan mengendalikan naluri seksual menjadi kegiatan yang lebih positif seperti olahraga atau hobi yang lebih bermanfaat. Sementara penyaluran berupa hubungan seksual hanya untuk melanjutkan keturunan yaitu dengan cara menikah terlebih dahulu.
- 3) Pergaulan yang sehat antara remaja laki-laki dan remaja perempuan, serta kewaspadaan terhadap masalah remaja yang banyak ditemukan. Remaja juga memerlukan pembekalan tentang kiat untuk mempertahankan diri secara fisik maupun psikis dan mental dengan menghadapi berbagai godaan, seperti ajakan untuk melakukan hubungan seksual diluar nikah dan penggunaan NAPZA.
- 4) Persiapan pra nikah, informasi ini diperlukan agar calon pengantin lebih siap secara mental dan emosional dalam memasuki kehidupan berkeluarga.
- 5) Kehamilan dan persalinan, serta cara pencegahannya. Remaja perlu mendapat informasi tentang hal ini, sebagai persiapan bagi remaja laki-laki dan remaja perempuan dalam memasuki kehidupan berkeluarga di masa depan.

2. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Remaja memerlukan tempat yang aman untuk memeriksakan diri atau konsultasi dengan petugas dan orang-orang yang tepat untuk membahas mengenai masalah kesehatan reproduksi remaja.

Adapun tujuan kesehatan reproduksi remaja menurut Soetjiningsih (2004) yaitu:

- 1) Menurunkan resiko kehamilan dan pengguguran yang tidak dikehendaki
- 2) Menurunkan penularan infeksi menular seksual/HIV-AIDS
- 3) Memberikan informasi kontrasepsi (untuk pasca keguguran)
- 4) Konseling untuk mengambil keputusan

Bila pelayanan reproduksi esensial tersebut dapat dilaksanakan dengan baik, maka langkah-langkah tersebut sangat baik untuk mengatasi masalah remaja seperti yang diuraikan diatas.

3. Prilaku Seksual Berisiko

a. Pengertian

Perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap gangguan dari luar namun respon yang diberikan tergantung dari karakteristik atau faktor-faktor orang tersebut (Luthviation, dkk 2012). Prilaku seksual adalah segala tingkah laku manusia yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenisnya maupun dengan sesama jenis (Sarwono, 2011)

b. Faktor yang mempengaruhi

Prilaku seksual remaja juga dipengaruhi beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, peranan keluarga, pengaruh teman sebaya, kurang pengetahuan, gaya hidup dan pemahaman agama (Darmasih, 2009)

1) Usia

Pubertas adalah masa ketika seorang anak mengalami perubahan fisik, psikis dan pematangan fungsi seksual yang dimulai ketika umur 8-10 tahun dan berakhir saat usia 15-16 tahun. Remaja yang mengalami usia puber disi mempunyai peluang melakukan prilaku seksual berisiko 4,65 kali disbanding responden dengan usia pubertas normal (Nursal, 2008).

2) Jenis kelamin

Laki-laki berpeluang lebih besar melakukan berbagai hal dibandingkan perempuan. Laki-laki cenderung lebih bebas jika dibandingkan dengan perempuan dan orang tua lebih protektif pada remaja perempuan dibandingkan laki-laki. Sehingga dapat dipahami laki-laki memiliki peluang lebih besar untuk berperilaku seksual berisiko dibandingkan dengan perempuan.

3) Peran keluarga

Imanudin (1995) dalam Sarwono (2011) menyatakan bahwa orang tua mempunyai peranan penting dalam proses sosialisasi anak. Orang-orang yang tidak memiliki hubungan yang harmonis dengan orang tuanya di masa kecil maka kemungkinan besar akan menjadi orang yang sering melanggar norma masyarakat.

4) Teman sebaya

Remaja akan mudah terpengaruh oleh teman sebaya karena remaja ingin diterima dalam kelompok pertemanan. Hal ini dibuktikan dari penelitian Lestari, Fibriana dan Prameswari (2014) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara teman sebaya dengan perilaku seksual berisiko.

5) Paparan media pornografi

Remaja merupakan tahapan dimana dia mulai mencari-cari tahu karena rasa keingintahuan yang sangat tinggi. Media pornografi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perilaku seksual yang berisiko pada remaja (Mandey, Ratag & Kawatu, 2014).

c. Dampak

Wong (2008) menyebutkan, hubungan seksual berisiko remaja memiliki dampak seperti penyakit menular seksual, HIV/AIDS, kehamilan dan aborsi.

1) Penyakit menular seksual

Hubungan seksual menyebabkan peningkatan penyakit menular seksual karena kurangnya proteksi atau gaya hidup yang kurang sehat sehingga timbul penyakit menular seksual seperti *shyphilis*, *gonorrhea*, *chlamydia* dan *genital herpes*.

2) HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang diakibatkan karena hubungan seksual yang tidak sehat, darah dan jarum suntik yang terinfeksi.

3) Kehamilan

Kurangnya pengetahuan tentang seksualitas menjadi penyebab utama terjadinya kehamilan.

4) Aborsi

Aborsi terjadi karena kehamilan yang tidak diinginkan. Aborsi merupakan pilihan utama untuk pasangan yang tidak menginginkan bayi akibat hubungan seksual. Aborsi dapat meningkatkan angka resiko kematian ibu akibat pendarahan yang berlebihan.

Selain itu, Darmasih dalam Febriani 2016 menyebutkan, perilaku seksual dapat menimbulkan berbagai dampak negative seperti:

- 1) Dampak psikologis, dalam hal ini perasaan yang sering di temukan seperti perasaan marah, takut, cemas, depresi, rendah diri, bermasalah dan berdosa.
- 2) Dampak fisiologis, seperti kehamilan diluar nikah atau kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dan aborsi yang berpotensi dapat mengganggu kesehatan reproduksi.
- 3) Dampak social, akibat dari perilaku seksual seharusnya belum saatnya dilakukan dapat mengakibatkan adanya tekanan dari masyarakat, perubahan peran, putus sekolah dampak dapat dikucilkan.
- 4) Dampak fisik, perilaku seksual dapat mengakibatkan berkembangnya penyakit menular seksual dan meningkatkan resiko HIV/AIDS dan infeksi menular seksual (IMS).

d. Remaja

1) Pengertian Remaja

Masa remaja adalah masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang mengalami perkembangan semua aspek atau fungsi untuk memasuki masa dewasa. Penggunaan istilah untuk menyebutkan masa peralihan dari masa anak dengan masa dewasa ada yang memberi istilah pubertas, dengan demikian pubertas dapat diartikan sebagai tahap ketika seorang remaja memasuki masa kematangan seksual dan organ-organ reproduksinya mulai berfungsi. Perkembangan ini lebih ditandai dengan perkembangan ciri-ciri seks sekunder yang merupakan kelanjutan dari pertumbuhan ciri seks primer yaitu terbentuknya alat kelamin. Masa pematangan fisik ini berjalan kurang lebih dua tahun dan biasanya dihitung mulai haid yang pertama pada wanita atau sejak seorang laki-laki mengalami mimpi basah yang pertama (Rumini, 2004).

Remaja adalah mereka yang berusia 10-20 tahun, dan ditandai dengan perubahan dalam bentuk dan ukuran tubuh, fungsi tubuh, psikologi dan aspek fungsional. Dari segi umur remaja dapat dibagi menjadi remaja awal/early adolescence (10-13 tahun), remaja menengah/middle adolescence (14-16 tahun) dan remaja akhir/late adolescence (17-20 tahun) (Behrman, Klierman & Jenson, 2004).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2005), masa remaja merupakan suatu proses tumbuh kembang

yang berkesinambungan, yang merupakan masa peralihan dari kanak-kanak ke dewasa muda.

WHO memberikan definisi tentang batasan remaja secara konseptual yang terdiri dari tiga kriteria yaitu biologis, psikologis dan sosial ekonomi. Sehingga dalam definisi tersebut remaja adalah suatu masa dimana: individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ini mencapai kematangan seksual, individu mengalami perkembangan psikologis dan pada identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa; terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri (Sarwono, 2002 dalam Iriani 2006).

Batasan usia remaja berbeda-beda sesuai dengan social budaya setempat. WHO membagi kurun usia remaja dalam 2 bagian, yaitu remaja awal (10-14 tahun) dan remaja akhir (15-20 tahun). Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menciptakan usia 15-24 tahun sebagai usia muda (youth) (Sarwono, 2010). Sedangkan dari segi program pelayanan, definisi remaja digunakan oleh Departemen Kesehatan adalah mereka yang berusia 10-19 tahun dan belum kawin. Sementara itu menurut Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak Reproduksi) batasan usia remaja adalah 10-21 tahun (Ceria BKKBN, 2011). International Planned Parenthood Federation (IPPF & PKBI (1998) mendefinisikan remaja dengan rentang usia 10-24 tahun (PKBI, 2005).

2) Tugas Perkembangan Remaja

Anak-anak harus melakukan tugas perkembangan pada masa remaja sebelum menjadi individu dewasa sebelum menjadi individu dewasa yang matang. Tugas-tugas perkembangan ini terdiri dari:

- a) menerima citra tubuh,
- b) menerima identitas seksual,
- c) mengembangkan sistem nilai personal,
- d) membuat persiapan untuk hidup mandiri,
- e) menjadi mandiri/bebas dari orang tua,
- f) mengembangkan mengambil keputusan,
- g) mengembangkan identitas seorang yang dewasa (Bobak, dkk., 2005).

Periode masa remaja dibagi kedalam tiga tahap, yaitu tahap awal, tahap menengah dan tahap akhir. Semakin tinggi tahap perkembangannya, semakin besar kesiapan untuk menerima tanggung jawab diri sendiri dan orang lain (Bobak, dkk., 2005).

- a) Remaja tahap awal (usia 10-14 tahun)

Remaja tahap awal hanya memiliki pemahaman yang samar tentang dirinya. Mereka belum mampu mengaitkan perilaku mereka dengan konsekuensi perilaku tersebut.

- b) Remaja tahap menengah (usia 15-16 tahun)

Remaja tahap menengah bergumul antara perasaan bergantung versus perasaan mandiri karena kawan-kawan sebaya

menggantikan kedudukan orang tua. Remaja tahap awal dan menengah belajar dan menerima informasi, tetapi tidak mampu menerima informasi tersebut dalam kehidupan mereka. Sering kali mereka melakukan trial and error tanpa memperhitungkan konsekuensinya.

c) Remaja tahap akhir (usia 17-20 tahun)

Remaja tahap akhir mampu memahami dirinya dengan lebih baik dan dapat mengaitkan dengan jelas informasi yang abstrak ke dalam hidupnya.

Salah satu tugas penting remaja adalah mengembangkan kemampuan mengambil keputusan. Kemampuan mengambil keputusan berkenaan dengan aktivitas seksual (Bobak, dkk., 2005).

3) Perubahan Pada Masa Remaja

Menurut Kusmiran (2011) perubahan-perubahan yang terjadi pada remaja dapat dilihat dari 3 dimensi yaitu dimensi biologis, dimensi kognitif dan dimensi moral.

a) Dimensi Biologis

Pada saat seorang anak memasuki masa pubertas yang ditandai dengan menstruasi pertama pada remaja putri ataupun mimpi basah pada remaja putra, secara biologis dia mengalami perubahan. Pubertas menjadikan seorang anak memiliki kemampuan untuk bereproduksi. Pada saat memasuki masa pubertas, anak perempuan akan mendapat menstruasi, sebagai pertanda bahwa sistem reproduksinya sudah aktif.

b) Dimensi Kognitif

Menurut teori Piaget, kemampuan kognitif remaja termasuk dalam tahap formal operasional, dimana tingkah laku yang ditampilkan oleh remaja adalah rasa kritis dimana segala hal harus rasional dan jelas, sehingga remaja sering mempertanyakan kembali aturan-aturan yang diterimanya, rasa ingin tahu yang merangsang adanya kebutuhan atau kegelisahan akan sesuatu yang harus dipecahkan, dan jalan pikiran egosentris yang berkaitan dengan penentangan terhadap atau pola pikir orang lain yang tidak sejalan dengan pola pikir diri sendiri. Disamping itu terdapat pula imagery audience, keadaan dimana remaja merasa merasa selalu menjadi pusat perhatian orang lain serta personal fables, yaitu remaja merasa dirinya unik dan berbeda dengan orang lain. Hal ini menyebabkan kecenderungan terbentuknya konsep diri yang terpengaruh dari luar.

c) Dimensi moral

Masa remaja adalah saat dimana seseorang mulai bertanya tentang fenomena yang terjadi di lingkungan sekitar sebagai dasar bagi pembentukan nilai diri mereka. Remaja mulai membuat penilaian tersendiri dalam menghadapi masalah-masalah yang sering terjadi dan berkenaan dengan lingkungan mereka, misalnya: politik, kemanusiaan, perang, keadaan social, dan sebagainya. Secara kritis remaja akan melakukan membandingkannya lebih banyak pengamatan

keluar dan dengan hal-hal yang selama ini diajarkan dan ditanam kepadanya.

4. Definisi Strategi

a. Pengertian Strategi

Pada awalnya konsep strategi tidak didefinisikan hanya semata-mata sebagai cara untuk mencapai tujuan karena strategi dalam konsep management strategi mencakup juga penetapan berbagai tujuan itu sendiri (melalui berbagai keputusan strategi (strategic decision) yang dibuat oleh manajemen perusahaan) yang diharapkan akan menjamin terpeliharanya keunggulan kompetitif perusahaan. Strategi manajemen dirancang untuk menjadi pegangan bagaimana seharusnya bisnis perusahaan dijalankan dan bagaimana pengambilan keputusan diambil diantara berbagai alternatif pilihan tindakan yang tersedia. Strategi didasarkan misi yang telah ditetapkan untuk menuju visi yang diinginkan. (Menurut Ismail Solihin (2012:24)

Sumber lainnya menyatakan bahwa strategi adalah pendekatan secara keseluruhan yang berkaitan dengan pelaksanaan gagasan, perencanaan dan eksekusi sebuah aktivitas dalam kurun waktu tertentu. Menurut Rangkuti, strategi adalah alat untuk mencapai tujuan. Tujuan utamanya adalah agar perusahaan dapat melihat secara objektif kondisi-kondisi internal dan eksternal, sehingga perusahaan dapat mengantisipasi perubahan lingkungan eksternal. (Rangkuti, 2009:3).

b. Kebijakan Kesehatan Reproduksi dan Hak-Hak Reproduksi.

Sejak ICPD Kairo 1994 dan Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi tahun 1996 dilaksanakan, berbagai perubahan, penyesuaian dan pergeseran kebijakan, pendekatan, serta pengembangan program telah terjadi dan dilaksanakan oleh berbagai sektor pemerintah di Indonesia. Hal ini telah mendorong pemerintah untuk memperbaharui strategi kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang ada. Adapun beberapa kondisi/faktor yang mendorong adanya perubahan dalam strategi nasional adalah:

- 1) Keterikatan terhadap kesepakatan internasional.
- 2) Perkembangan teknologi, komunikasi baik regional, nasional maupun global;
- 3) Perubahan tata pemerintahan dari sentralisasi ke desentralisasi
- 4) AKI tidak turun secara bermakna, demikian pula indikator kesehatan reproduksi yang lain.
- 5) Meningkatnya jumlah kesakitan proses keganasan dan gangguan kesehatan akibat proses menua.

Untuk mengantisipasi kondisi/faktor tersebut diatas, berbagai sektor pemerintahan telah menggariskan kebijakan dan strategi mereka masing-masing. Kebijakan dan strategi yang telah dikembangkan diupayakan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi dengan titik pandang dari sektor masing-masing. Untuk dapat meningkatkan koordinasi kebijakan, strategi dan program, maka diperlukan perubahan mendasar dalam kerangka fikir

kesehatan reproduksi. Setidaknya ada 3 jenis perubahan mendasar dalam kerangka berfikir:

- 1) Gagasan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebenarnya merupakan kristalisasi dari keterpaduan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana yang sejak akhir tahun 80-an sudah melaksanakan gerakan Safe Motherhood. Paradigma baru yang ditampilkan konsep kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi ini adalah perlunya keterpaduan tidak hanya KIA dan KB, tetapi juga meminta komitmen program lain dalam konteks pelayanan kesehatan dasar, misalnya program penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS), peningkatan peran pria/suami dalam program KIA serta penanganan program/upaya yang lebih ke hulu seperti kesehatan reproduksi remaja. Pendekatan multi-sektoral melalui pelaksanaan program terpadu ini, seperti dikatakan dokumen ICPD tahun 1994, agar lebih menjamin tercapainya tujuan utama kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yaitu promosi hal-hak reproduksi dalam rangka memperoleh derajat kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang memadai.
- 2) Perubahan sikap dalam kehidupan berkeluarga, yang menitik beratkan pada tanggung jawab pria atas perilaku seksual/reproduksi serta akibatnya terhadap fungsi dan proses reproduksi dalam kehidupan berkeluarga. Pandangan ini harus merubah pandangan tradisional bahwa kapasitas produksi pria merupakan hal yang patut dibanggakan. Pesan

utama dan konsep ini adalah "perlu diinformasikan kepada semua pria dan perempuan bahwa mereka harus mempertimbangkan masa depan anak-anak mereka, dan tanggung jawab ini tidak hanya terbatas pada diri sendiri dan keluarga, karena berdampak pula pada masyarakat dan generasi berikutnya."

- 3) Penyadaran bahwa peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi berarti pelayanan berkualitas dilihat dari perspektif klien. Perlu disadari bahwa sebagian besar pengguna pelayanan kesehatan dasar (klien) belum memahami apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang bagaimana yang memenuhi persyaratan standar medis. Dengan demikian penilaian kualitas pelayanan yang meningkat dari kacamata klien memerlukan penyediaan informasi yang dapat memberikan klien pemahaman yang akurat dan memadai tentang ruang lingkup Kesehatan Reproduksi dan hak-hak reproduksi dan apa yang dapat diharapkan dari fasilitas pelayanan tersebut. Klien belum dapat menilai kualitas secara sah bila mereka tidak mengerti parameter apa yang harus dinilai. Undang-undang no. 7/1984 menyatakan perlunya "hak yang sama. untuk memperoleh penerangan pendidikan, dan sarana-sarana.", hal mana sesuai dengan apa yang ditekankan di dalam ICPD tahun 1994.

Dengan demikian penambahan pengetahuan klien sebelum memberikan penilaian kualitas atas pelayanan yang diterimanya, dapat menjadi indikator

dampak yang mencerminkan efektivitas proses pemberian pelayanan berkualitas. Konsep kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi memperkenalkan ulang efek kumulatif dari tiga elemen penting untuk memenuhi tujuan reproduksi seseorang: penguasaan hak-hak reproduksi, kematangan/tanggungjawab individu, dan hak-hak individu untuk memperoleh pengetahuan dari pelayanan yang diberikan. Penanganan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi menggunakan pendekatan siklus hidup dan harus memperhatikan hak-hak reproduksi. Upaya penanganan kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dibedakan berdasarkan kelompok-kelompok berdasarkan siklus hidup yaitu :

- 1) Kesehatan Ibu dan Anak.
- 2) Keluarga Berencana.
- 3) Kesehatan Reproduksi Remaja.
- 4) Pencegahan dan Penanggulangan IMS termasuk HIV/AIDS.
- 5) Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut.